

Prolegomena 20 (1) 2021: 51-74
doi: 10.26362/20210103

Depresija i vođeni pristanak

^aVIKTOR IVANKOVIĆ / ^bLOVRO SAVIĆ

^aInstitut za filozofiju, Ulica grada Vukovara 54, 10000 Zagreb, Hrvatska
viktor.ivankovic@ifzg.hr

^bEthox Centre, Wellcome Centre for Ethics and Humanities, Green Templeton College,
Sveučilište u Oxfordu
lovro.savic@ethox.ox.ac.uk

IZVORNI ZNANSTVENI RAD – PRIMLJEN: 20/01/2021 PRIHVAĆEN: 06/04/2021

SAŽETAK: U članku ispitujemo učinke negativnih automatskih misli na autonomiju osoba koje pate od depresije. U prva dva dijela pokazujemo da učinci upućuju ili na manjak kompetencije kod pacijenata s depresijom za pružanje informiranog pristanka ili na manjkavost samog testa kompetencije. Ovo potkrepljujemo štetnim učincima negativnih automatskih misli na autonomiju pacijenta. Pod njihovim utjecajem, pacijenti su iracionalno skloni negativnim predviđanjima koja ih odvrćaju od dostupnih i njima poželjnih opcija. U trećem dijelu tvrdimo da je dopustivo navoditi odlučivanje pacijenata ka započinjanju terapije i razmatramo koje su metode za to moralno najprikladnije. Konkretno, ispitujemo sljedeće metode: izravne preporuke, pozivanje na pacijentove vrijednosti, pozivanje na društvene norme, uokvirivanje sadržaja (tzv. “framing”), poticaje, prijetnje i obmane. Također raspravljamo o tome koliko je moralno poželjno da pacijenti s depresijom prepuste odlučivanje liječniku ili da donose odluke zajedno s njime.

KLJUČNE RIJEČI: Depresija, informirani pristanak, vođeni pristanak, negativne automatske misli, autonomija.

1. Uvod

U biomedicinskoj se etici obično smatra da psihijatrijska dijagnoza ne poništava kompetenciju pacijenta za donošenje medicinskih odluka (Appelbaum 2007; Berg i Makielski 2014). U ovome ćemo se radu baviti jednim svojstvom depresije za koje ćemo tvrditi da kompromitira kapacitet za autonomno odlučivanje. Pokazat ćemo da tzv. četiri stupa medicinske kompetencije (komuniciranje odluke, razumijevanje informacija, uviđanje situacije i rasuđivanje o tretmanu) ne zahvaćaju sve

komponente autonomnog odlučivanja kod pacijenata koji boluju od depresije. Pacijente s depresijom u autonomnom odlučivanju sputavaju negativne automatske misli, tj. mentalni mehanizam zbog kojeg su suviše skloni negativnim predviđanjima. *Automatizam*, kako ćemo ga zvati, često odvraća pacijente s depresijom od odluka koje bi donijeli u vidu svojih stabilnijih želja i ciljeva. Radi se o snažnom automatskom utjecaju na rasuđivanje o vjerojatnostima, zbog kojeg pacijenti odbacuju opcije za koje iracionalno procjenjuju da su teško ostvarive.

Ako pacijenti s depresijom doista nisu autonomni pri donošenju medicinskih odluka, onda bismo mogli pomisliti da ih treba podvrgnuti prisili kako bismo zaštitili njihove interese. I ovome ćemo se suprotstaviti. Ukazat ćemo da pacijentova kontrola nad vlastitim medicinskim tretmanom može imati terapijski učinak (Schneider 1998) i da je pacijentima s depresijom potrebno vježbanje asertivnosti (Miya 1976), što bi prisilne mjere onemogućile. Uz to, u pojedinim je slučajevima teško razlučiti do koje mjere automatizam kompromitira autonomiju, pa bi prisila mogla biti nerazmjerno rješenje.

Budući da je autonomija pacijenata s depresijom često kompromitirana, a istovremeno ih ne bismo trebali podvrgavati prisili, vjerujemo da je u njihovom slučaju moralno prikladan tzv. "vođeni pristanak" – skup mjera kojima se utječe na njihovo odlučivanje u skladu s njihovim stabilnijim željama i ciljevima. Vođeni pristanak ne predlažemo kao nadomjestak terapiji niti upućujemo na nedostatke kod pojedinih oblika terapije. Njime ukazujemo da je prikladno navoditi pacijente na započinjanje terapije ili davanje pristanka u pojedinim stadijima terapije jer tada s razlogom možemo slutiti da njihove odluke neće biti autonomne. Ispitat ćemo sedam oblika utjecaja o kojima govore Blumenthal-Barby i suradnici (2013): izravne preporuke, pozivanje na pacijentove vrijednosti, pozivanje na društvene norme, uokvirivanje sadržaja (tzv. "framing"), poticaje, prijetnje i obmane. Razmotrit ćemo koje bi se od ovih metoda mogle opravdano primijeniti u slučaju pacijenata s depresijom. Također ćemo raspraviti koliko je moralno poželjno da pacijenti s depresijom prepuste odlučivanje liječniku¹ ili da donose odluke zajedno s njime.

¹ U ovom članku, pojam "liječnik" koristimo kao hipernim (ili "umbrella term") i time ujedno referiramo na stručnjake u liječenju mentalnih poremećaja kao što su "psihijatar", "psihoterapeut", "psiholog" i "psihoanalitičar". Zahvaljujemo anonimnom recenzentu na prijedlogu da razjasnimo i proširimo upotrebu ovog pojma.

2. Depresija i uvjeti kompetencije

Prema zakonskim odredbama većine zapadnih liberalnih demokracija, kao što je Mental Capacity Act (2005) Ujedinjenog Kraljevstva, pacijenti se smatraju kompetentnima donositi odluke o svom zdravstvenom stanju ako su zadovoljena četiri primarna uvjeta.² Prvo, pacijenti moraju biti u stanju *komunicirati* opcije koje preferiraju. Drugo, pacijenti moraju *razumjeti* relevantne informacije koje im se komuniciraju. Treće, pacijenti moraju *uvidati* kako se relevantne informacije primjenjuju na njihov slučaj i koje su moguće posljedice. Četvrti i posljednji uvjet tiče se sposobnosti pacijenata da o informacijama *rasuđuju racionalno*, tj. da su ciljevi kojima streme u skladu s medicinskim odlukama koje donose (Berg, Appelbaum i Grisso 1996).

Četvrti uvjet posebno je značajan za naša trenutna razmatranja. Jessica Berg i Katherine Makielski drže da je problematičan zato što ne poznajemo egzaktnu metodu kojom bismo objektivno ocijenili racionalnost odluka i zato što se racionalnost često pogrešno utvrđuje prema onome što ispitivač smatra racionalnim, a ne prema tome koliko su odluke pacijenta u skladu s njegovim pozadinskim ciljevima (2014: 295). Tvrdit ćemo da je ispunjenje ovog uvjeta na nesigurnim nogama i zbog određenih svojstava koja su inherentna mentalnim poremećajima, a koja značajno mogu umanjiti kapacitet za odlučivanje.

Što ako je prag racionalnosti koji je potrebno zadovoljiti da bi se prošlo test kompetencije određen zdravorazumski? Ovo bi nam otežalo sud o tome isključuju li mentalni poremećaji kompetenciju u *potpunosti* ili je kapacitet za odlučivanje samo *umanjen*. Debra Pinals potvrđuje da ne postoji instrument koji jasno određuje prag za utvrđivanje kompetencije (2009). U psihijatrijskim evaluacijama, dakle, egzaktno metode često će biti nedostupne. Ipak, teško bismo pristali na to da psihijatri zbog toga nikada nisu u stanju utvrditi da je kompetencija pacijenta kompromitirana.

² Appelbaum navodi da pravni termin "kompetencija" odgovara medicinskom terminu "kapacitet" (2007: 1834). Termini uglavnom imaju isto značenje, iako test kompetencije provode sudska tijela, a test kapaciteta sami liječnici. Nadalje, Berg i Makielski navode da se kapacitet vrlo često smatra pitanjem stupnja, tj. da pojedinci mogu biti na višoj ili nižoj razini kapaciteta za donošenje medicinskih odluka, dok se u zakonima češće zahtijeva proglašavanje pacijenata kompetentnima ili nekompetentnima. Iako se čini da bi se i kompetencija mogla stupnjevati, kažu autorice, takvo što rijetko je kodificirano u zakonu (2014: 292). Najvažnije je zamijetiti kod ovih razlika da spomenute kategorije očito nisu u potpunosti usklađene niti sa psihološkim i psihijatrijskim istraživanjima, niti s razmatranjima o tome koliko mentalni poremećaji ugrožavaju autonomiju odlučivanja.

2.1. *Depresija i automatizam*

Kao što smo naveli, obično se smatra da kompetencija pacijenta nije poništena dijagnozom mentalnog poremećaja. Prema nekim procjenama, oko 50% pacijenata koji pate od shizofrenije padaju na jednom od uvjeta kompetencije, što je iznenađujuće malen broj, dok pacijenti s teškom depresijom padaju na jednom od uvjeta u tek 20-25% slučajeva (Grisso i Appelbaum 1995; Vollmann et al. 2003). Appelbaum i suradnici navode da pacijentima s blagom depresijom možda uopće nije kompromitiran kapacitet za donošenje medicinskih odluka (1999).

Ipak, razlike u postocima za pojedine mentalne poremećaje jasno ukazuju da su neka svojstva, inherentna pojedinim poremećajima, u bliskoj vezi sa smanjenjem kapaciteta za odlučivanje.³ Kod shizofrenije, ovo svojstvo očito su deluzije, koje ugrožavaju kapacitet pacijenta za razumijevanje informacija, za uviđanje toga kako se odnose na njega i za racionalno rasuđivanje o vlastitom zdravstvenom stanju. Pokazat ćemo da jedno takvo svojstvo, *automatizam*, stoji u bliskoj vezi sa smanjenjem kapaciteta odlučivanja kod pacijenata s depresijom. Ispitat ćemo ovu vezu oslanjajući se na četiri uvjeta kompetencije, ali i pokazati da test kompetencije možda neće biti "dovoljan [...]" jer teška depresija možda ne ugrožava ove četiri sposobnosti, ali remeti koherentnost između osobnih preferencija tako što ih mijenja" (Rudnick 2002: 151).⁴

Automatizam shvaćamo kao kognitivnu distorziju pacijenata s depresijom zbog koje im automatski naviru negativna predviđanja o budućim mogućnostima i događajima. Radi se, dakle, o predviđanjima koja imaju slabo ili nikakvo uporište u pažljivim rasuđivanjima o potencijalnim ishodima. Valja napomenuti da se negativne automatske misli mogu odnositi i na viđenje prošlih događaja ili procjenu trenutnih motivacija drugih osoba za neko djelovanje. Primjerice, pojedinci se mogu osjećati bezvrijedno ili nekompetentno jer su automatski fokusirani na neki

³ Moguće je tvrditi i da je kompetencija za odlučivanje kod psihijatrijskih pacijenata tek zakonska kategorija koja štiti pacijenta od medicinskog paternalizma, a nikako savršena predodžba autonomije pacijenta. Ne želimo ovime reći da je povijesna važnost kompetencije za zaštitu od paternalizma nevažna i zastarjela, već samo da te dvije kategorije nisu nužno u potpunosti usklađene.

⁴ Iako se ovdje fokusiramo na automatizam, moguće je da to nije jedino svojstvo depresije koje umanjuje kapacitet pacijenata za odlučivanje. Jedino što želimo reći jest da negativna veza između automatizma i kapaciteta za odlučivanje doista postoji. Takva veza mogla bi se očitovati kroz (ne)zadovoljavanje četiri uvjeta kompetencije, no automatizam bi također mogao ukazivati na razloge da taj test smatramo nepotpunim i da revidiramo odnos liječnika i pacijenta za slučaj depresije. Dopuštamo, dakle, da postoje i druga svojstva depresije koja potkrepljuju ove zaključke, ali ta razmatranja u ovom članku ostavljamo po strani.

prošli događaj u kojem prepoznaju svoju nesposobnost ili nemoć. Ili pak, da se vratimo predviđanjima budućnosti, pojedinci mogu smatrati, bez posebnog razloga, da su svi poželjni ishodi u nekoj situaciji neostvarivi.

Ovakve misli mogu ozbiljno opteretiti pojedince i odvrćati ih od njihovih ciljeva ili od odluke da započnu ili nastave terapiju. Nastojat ćemo pokazati da su automatske misli suprotstavljene pažljivom reflektivnom promišljanju o ciljevima i često ga mogu potisnuti.⁵

Ako automatizam predstavlja značajan teret pacijentima pri odlučivanju i potiskuje pozadinske želje i ciljeve, onda bi četvrti uvjet kompetencije mogao ostati nezadovoljen. No moglo bi se dogoditi i da pacijenti s vremenom internaliziraju svoje negativne automatske misli, tj. da ih pridruže svojim stabilnijim željama i ciljevima. Pokazat ćemo da se u tom slučaju radi o smetnji u rasuđivanju jer je izvor ovih misli mentalni lapsus koji vrši kognitivni pritisak. Zamislimo, primjerice, osobu koja pod teretom negativnih automatskih misli odbija ustati iz kreveta jer ne vidi put do ostvarenja svojih ciljeva. S vremenom, ta bi osoba mogla odbaciti dotične ciljeve i pomiriti se sa životom minimalnih očekivanja, poput kroničnog bolesnika koji postaje sretan ako mu se bolest manifestira "samo" s blažim ili umjerenim simptomima.

Pristati na legitimnost internaliziranih automatskih misli značilo bi pristati na paradoks da osobe koje internaliziraju takve misli i prigrle ih kao pozadinske ciljeve prolaze četvrti uvjet kompetencije jer njihove odluke time postaju usklađene s njihovim pozadinskim željama i ciljevima. Ovakav zaključak nije intuitivan i pokazuje da testu kompetencije nešto nedostaje ili je na neki drugi način neadekvatan.

Empirijsko istraživanje automatizma započelo je šezdesetih godina prošlog stoljeća. Aaron Beck ukazao je da sustavna pojavnost ove distorzije objašnjava mnoge značajke koje se obično vezuju uz depresiju (1963; 1964; 1967). Depresija, kaže Beck, obilježena je nizom pesimističnih asocijacija koje ne ovise o vanjskim okolnostima: nisko samopoštovanje, ideje o deprivaciji, kritičnost prema sebi, samookrivljavanje, itd. (1963: 326-328). Jedno od središnjih svojstava ovih negativnih asocijacija, kaže

⁵ Neki bi mogli prigovoriti da zanemarujemo istraživanja o depresivnom realizmu (vidi, primjerice, Alloy i Abramson 1979), prema kojem su predviđanja osoba s depresijom realističnija od predviđanja običnih ljudi. Na ovo nudimo dva odgovora. Prvo, predviđanja osoba s depresijom ne tiču se tendencija u promišljanju, već *automatskih misli*, koje smatramo lapsusima u kognitivnom procesuiranju. Depresivne osobe pokazuju veću sklonost automatskim mislima nego druge osobe i te su misli otpornije na opovrgavanje. Drugo, kada bi se pokazalo da je depresivni realizam istinit, onda bi filozofske koncepcije autonomije možda trebalo u značajnoj mjeri prerađivati. Ipak, budući da još uvijek nismo sigurni u istinitost depresivnog realizma, odlučili smo ga u ovom članku ostaviti po strani.

Beck, “jest da su ih pacijenti obično iskusili kao *automatske* [...] a da im ništa nije prethodilo u refleksiji i rasuđivanju” (1963: 329). Jedan primjer koji navode Beck i suradnici tiče se pacijentovih razmišljanja (iz liječnikove perspektive) o vremenu liječnikova dolaska na njihove sastanke:

Kada sam kasnio, čak i samo nekoliko minuta, ona bi pomislila “Ne želi me vidjeti”, što bi je rastužilo. Kada sam uranio, pomislila bi “Mora da mi ide jako loše, ako na mene troši dodatno vrijeme”, pa bi se osjećala tjeskobno. Ako bih došao točno na vrijeme, rekla bi samoj sebi “Ovaj kao da vodi pogon. Samo sam mu broj”, pa bi bila iziritirana. Kao što možete vidjeti, kad god da sam započinjao sastanak (rano, na vrijeme ili kasno), pacijentica je razmišljala negativno o terapiji i loše se osjećala “u svojoj koži” i u pogledu tretmana. (Beck et al. 1987: 73)

Kasnija istraživanja potvrdila su predodžbu o automatizmu asocijacija kod depresivnih osoba. Primjerice, Bargh (1989; 1994) kao svojstva automatizma navodi izostanak namjera, kontrole i svjesnosti. Empirijsko proučavanje automatizma nastavilo se sedamdesetih i osamdesetih godina,⁶ a u jeku ovih istraživanja nastali su “Upitnik o automatskim mislima” (“Automatic Thoughts Questionnaire”) [Hollon i Kendall 1980] i kognitivno-bihevioralna terapija za depresivni poremećaj (CBT) [Hollon i Beck 1979]. Kognitivna teorija depresije i kognitivno-bihevioralna terapija postale su razvijena i ozbiljna rješenja za razumijevanje i tretman depresije (Beck et al. 1979), posebno nakon što ih je potkrijepilo nekoliko zapaženih studija i argumenata (vidi, primjerice, Rush et al. 1977; Dobson 1989).

Sustavni automatizam, koji je svojstven depresiji, čini se da poziva na jasan normativni odgovor – trebamo poduprijeti razvoj medicinskih metoda radi što boljeg uočavanja njegovih učinaka. Jednom kada su manifestacije automatizma uspješno prepoznate i informirani pristanak dobiven, liječnici ih trebaju neinvazivno tretirati. No očito je da se ova formula suočava s važnom poteškoćom – utječe li automatizam negativno na kapacitet pacijenta za davanje informiranog pristanka? Ako je pacijentov kognitivni aparat kompromitiran, rezultirajući pesimističnim predviđanjima koja ne počivaju na svjesnom rasuđivanju, onda će to potencijalno utjecati i na pacijentove odluke o tretmanu. Čini se pomalo neobičnim da liječnik treba liječiti pacijentovu kognitivnu distorziju, ali u isto vrijeme poštivati pacijentovo odbijanje tretmana koje je rezultat te iste distorzije.

⁶ Za detaljniji uvid u empirijska istraživanja tijekom ovog razdoblja, vidi Nelson i Craighead (1977); Krantz i Hammen (1979); Hollon i Kendall (1980).

Naša je intuicija da automatizam ugrožava autonomiju i sputava nastojanja pacijenata da djeluju prema vlastitim željama i ciljevima. No *u kojoj mjeri* automatizam kompromitira kompetenciju pacijenata? Na ovo pitanje teško je ponuditi jasan odgovor. U barem nekim slučajevima se čini da je pacijentima izrazito teško prebroditi negativne automatske misli i da ih one paraliziraju u svakodnevnom djelovanju. U drugim slučajevima pacijente je moguće voditi do odluka koje su usklađene s njihovim stabilnijim željama i ciljevima, o čemu ćemo nešto više reći u trećem odjeljku.

Zadržimo se zasad još na istraživanjima o učincima depresije na kompetenciju, koja su se protegnula u devedesete i dvijetisućite. Hindmarch, Hotopf i Owen (2013) ponudili su iscrpan pregled kliničkih analiza posljednjih godina. Neki se autori slažu da je barem jedan uvjet kompetencije kompromitiran u slučaju depresije, najčešće uviđanje situacije (Leeman 1999; Meynen 2011; Halpern 2012), a katkad i razumijevanje i rasuđivanje (Sullivan i Youngner 1994). Abraham Rudnick (2002) pak tvrdi da depresija možda ukazuje na manjkavost testa kompetencije jer ne uzima u obzir elemente poput koherentnosti preferencija, a u toj slutnji mu se pridružuju i neki drugi autori (Sullivan i Youngner 1994; Young, Corby i Johnson 1993). Ovaj spor nećemo moći riješiti u ovom članku, ali nadamo se konceptualno ga rasvijetliti i razmotriti neka normativna rješenja koja se dosad nisu pojavljivala u etičkim analizama.

2.2. *Automatizam i autonomija*

U dosadašnjim smo odjeljcima dali naslutiti da je pacijentima s depresijom zbog automatizma umanjen kapacitet za donošenje medicinskih odluka. No u kakvom su točno odnosu automatizam i filozofsko poimanje osobne autonomije? U ovom ćemo dijelu pokazati da automatizam može polučiti dva nepovoljna utjecaja na autonomiju.

Za potrebe ove rasprave nepotrebna je elaboracija mnogobrojnih i međusobno suprotstavljenih shvaćanja autonomije koje možemo pronaći u filozofskoj literaturi. Vjerujemo da će većina teorija autonomije ukazati na slične probleme s automatizmom. Umjesto toga, izdvojiti ćemo problematičan utjecaj automatizma na formiranje želja i ciljeva. Oslonit ćemo se na poznato i elegantno razlikovanje Harryja Frankfurta između *želja prvog* i *želja drugog reda* (1971: 8). Želja za X je želja prvog reda (primjerice, "želim jesti sladoled"), dok je želja o želji za X (primjerice, "ne želim željeti jesti sladoled") želja drugog reda. Lako nam je, dakle, zamisliv slučaj u kojem osoba promišlja o svojim željama i s njima se (ne)

poistovjećuje. Želje drugog reda, kako kaže Frankfurt, često asociraju na to čemu ljudi u pravilu streme, tj. na više ciljeve koji bi trebali usmjeravati njihovo djelovanje (1971: 10-12).

Kod Frankfurta, paradigmatički primjer za osobu koja ne uspijeva djelovati u skladu sa željama drugog reda je takozvani nevoljni ovisnik. Ovo je prvi analogni slučaj kojim ćemo se baviti. Želje nevoljnog ovisnika su u sukobu. S jedne strane, želi uzeti drogu o kojoj je ovisan, a s druge se želi oduprijeti želji za uzimanjem droge. Ovisnik želi djelovati prema drugoj želji, ali u tome ne uspijeva, pa podlijevanje prvoj želji predstavlja neautonomno djelovanje. Njegova volja ne uspijeva nadvladati snagu želje kojoj se želi oduprijeti (Frankfurt 1971: 12).

U našem prvom scenariju bavimo se analogijom između nevoljnog ovisnika i pacijenta s depresijom, koja bi se mnogima mogla činiti neobičnom. O ovisnicima obično razmišljamo kao o osobama koje su u milosti i nemilosti svojih *poriva*, dok depresivnim osobama *nedostaje poriva*, tj. motivacijskog pogona za djelovanje prema pozadinskim ciljevima. No poriv ovisnika te automatska predviđanja i poimanja kod depresivnog pacijenta na sličan način paraliziraju osobe u nastojanjima da djeluju u skladu sa svojim željama drugog reda, čime se između želja prvog i drugog reda stvara nepodudarnost. Ako automatizam ima ovakav učinak i na taj način prijeti autonomiji, onda je takva prijetnja već usklađena s formalnim testom kompetencije jer bi pacijenti padali na njegovu četvrtom uvjetu.⁷

Prvi prigovor koji bi se mogao uputiti analogiji jest da se kod teškoća djelovanja prema željama drugog reda kod osoba s depresijom radi o *epistemičkoj* distorziji, dok je kod ovisnika prisutna distorzija *volje*. Moguće je da osoba s depresijom nije u stanju uvidjeti kako se ponašati prema svojim željama drugog reda ili na koji način ispuniti svoje ciljeve – greške

⁷ Ne poričemo da su pacijenti koji pate od depresije katkad u stanju prevladati učinke automatizma i djelovati prema željama drugog reda. Štoviše, prema dosadašnjem obrazloženju automatizma u članku, čini se da i osobe koje ne pate od depresije također povremeno osjećaju učinke automatizma, kada su naizgled bezrazložno potištena. Ipak, u ovom se članku želimo baviti kliničkim slučajevima depresije. Da bi se jedan takav slučaj ustanovio, negativne automatske misli moraju prožimati i u značajnoj mjeri navoditi pacijentovo odlučivanje (vidi Ingram et al. [2007] za pitanje razine negativnih automatskih misli kod depresije). Možemo stoga reći i da autonomija nije ugrožena baš svaki put kad je osoba vođena automatskim mišljenjem. Automatske misli i ponašanja moraju doseći razinu na kojoj će ugrožavati autonomiju. Štoviše, automatske misli i ponašanja mogu potpomoći autonomiji kada vode pojedince ka djelovanju prema pozadinskim ciljevima ili umanjuju kognitivne terete. Ipak, automatske misli i ponašanja rijetko se kad poimaju kao idealni u medicinskom odlučivanju. Budući da su zdravstvene odluke često od središnje važnosti, pojedincima je od posebnog interesa donositi ih promišljeno i bez velikih automatskih smetnji. Zahvaljujemo Jennifer Blumenthal-Barby što nam je ukazala na ovaj problem.

koje čini tiču se samo prognoziranja. Naizgled, automatizam je takav tip distorzije. No istovremeno nam se čini da je depresija motivacijski, tj. "voljni" poremećaj. Gary Watson ističe kako "nije uvijek lako razlikovati između poremećaja prosudbe i poremećaja volje; često se preklapaju i jednako dodijavaju praktičnom rasuđivanju" (2002: 133). Razriješiti je li automatizam epistemička ili voljna distorzija neće stoga biti potrebno u sklopu ovog članka. Jedino važno za nas jest da je autonomija djelatnika kompromitirana u oba slučaja.⁸

Drugi mogući prigovor analogiji je da kod pacijenta s depresijom želje drugog reda mogu (privremeno) izgubiti na važnosti, tj. pacijent ih može izgubiti iz vida, dok nevoljni ovisnik ne zaboravlja na svoja pozadinska nastojanja. Zaista, moguće je da će profili osoba s depresijom i ovisnika vrlo često odgovarati ovim generalizacijama, ali takvo što ne bismo smjeli pretpostavljati. Itekako je zamislivo, kao što pokazujemo u drugom scenariju, da i ovisnici izgube pozadinske ciljeve iz vida ili da promijenjene te ciljeve pod teretom ovisnosti.⁹

U drugom scenariju bavimo se osobama koje prihvaćaju učinke automatizma kao razloge za (ne)djelovanje. Razmotrit ćemo dvije verzije ovakvog slučaja. U prvoj verziji, automatizam mijenja ne samo očekivanja osobe o ishodima događaja, već i *vrijednost* koju ishodi za nju imaju. Preferencije koje se na ovaj način mijenjaju obično se nazivaju *adaptivnima* i ne ubrajamo ih u racionalne kognitivne procese, bilo da se uklapaju u mentalne poremećaje ili ne. Adaptivne preferencije (poput tzv. "kiselog grožđa" i "slatkih limuna") ne pokreću relevantni razlozi, već nevažni uzročni faktori, pa se stoga smatraju neautentičnima (Elster 1983). Primjerice, kao što smo spomenuli, preferencija pacijenta s depresijom da,

⁸ Prijepor možda možemo riješiti tako što ćemo automatizam promatrati kao kognitivnu pristranost, prema tumačenjima dvoprocesne i dvosustavne teorije u psihologiji (vidi, primjerice, Kahneman [2013]). Prema ovom shvaćanju, automatizam bi predstavljao iskrivljeno djelovanje neke kognitivne heuristike, koja ljudima obično omogućava izbjegavanje tereta reflektivnog promišljanja. No da bismo pristali na ovakvo objašnjenje, bilo bi potrebno pokazati koja to heuristika iskrivljeno djeluje kad automatizam utječe na donošenje odluka, što u ovom trenutku nismo u stanju. Upitno je stoga koliko nam dvoprocesna i dvosustavna teorija za sada mogu pomoći u objašnjavanju automatizma.

⁹ Važno je istaknuti razliku između ovisnika koji svoju ovisnost ocjenjuju negativno, ali je prihvaćaju kao nešto protiv čega se ne mogu boriti, i boema koji prihvaćaju konzumaciju teških opijata u sklopu života koji je za njih vrijedan življenja. U ovom članku na umu imamo slučajeve prvog tipa. Napomenut ćemo i da odnos između ovisnosti i autonomije nije uvijek jasan. Primjerice, je li već ovisnoj osobi dostupno autonomno prihvatiti život boema? Je li ovisnost "nečisti" izvor preferencija, kako to nazivamo u nastavku? Ovim pitanjem nećemo se baviti u ovom članku, ali za korisne rasprave, vidi Foddy i Savulescu (2006) i Levy (2006). Za ovu važnu napomenu zahvaljujemo anonimnom recenzentu.

pod utjecajem automatizma, ne ustaje iz kreveta jer u ustajanju ne vidi neku vrijednost, nije autonomna preferencija.

U drugoj verziji, osoba s depresijom ne umanjuje vrijednost opcije koju bi inače odabrala, ali racionalno zaključuje da je teret distorzije toliki da bi pokušaj prevladavanja bio suviše težak, bolan ili na neki drugi način tegoban. Korisna analogija mogla bi se povući s Watsonovim primjerom osobe koja ima fobiju od pasa, što joj daje snažan razlog za izbjegavanje ulica s brojnom psećom populacijom. Ova osoba uviđa da je njezin strah od pasa nerazuman, ali joj nelagoda i strah pružaju dovoljan razlog da djeluje u skladu sa svojom fobijom (Watson 2002: 134). Slično tome, depresivna osoba ne mora umanjivati vrijednost ustajanja iz kreveta, ali psihološki napor tog pothvata može joj dati dovoljno dobar razlog da se u njega ne upušta. Depresivna osoba time akomodira kognitivnu distorziju svojoj volji, eliminirajući time sukob između želja prvog i drugog reda. No bilo bi neobično ovu osobu zvati autonomnom. Čini nam se da ako preferencije proizlaze iz određenih vrsta izvora, kao što su pranje mozga, hipnoza ili određena svojstva mentalnih poremećaja, onda autentičnost takvih preferencija dolazi u pitanje, čak i kada su osobe u stanju ponuditi razloge za djelovanje u skladu s tim preferencijama. Neki će izvori, stoga, biti neadekvatni, ili u prenesenom smislu “nečisti”, da bi pojedinci iz njih polučili autentične preferencije.

Manne Sjöstrand i Niklas Juth protive se gledištu da su neki izvori preferencija nečisti. Za njih osoba koja razvije neke preferencije protivno svojim željama i mimo davanja razloga još uvijek može te preferencije prisvojiti i smatrati ih prikladnima za viziju o sebi i vlastitom dobru. Sjöstrand i Juth vjeruju da je stav osobe prema preferenciji, u vidu informacija o tome kako je nastala, ono što utvrđuje autentičnost, a ne sam izvor preferencije (2014: 121). No njihov prigovor valja pomno proučiti. U primjeru koji nude, osoba je bez svojeg znanja hipnotizirana da prestane pušiti, nakon čega prisvaja tu preferenciju jer se ona uklapa u viziju osobe kakva želi biti.

No jedna od neutemeljenih pretpostavki ovog primjera jest da je hipnoza tip utjecaja koji utječe na preferencije prvog reda, ali ne i na preferencije drugog reda, tj. da postoji barem jedna “viša” razina preferencija na koju hipnoza ne utječe. Iako je ovakva koncepcija hipnoze zamisliva, učinke takvih utjecaja u pravilu ne zamišljamo na ovaj način – da zahvaćaju samo preferencije niže razine. Drugim riječima, moguće je da hipnoza ne utječe samo na našu želju za pušenjem (želja prvog reda), već i na prisvajanje želje da ne pušimo, tj. na viziju osobe koja želimo biti (želja drugog reda). Ako pak utjecaj poput hipnoze zahvaća i preferencije

više razine, onda i autentičnost tih preferencija dolazi u pitanje jer je i samo prisvajanje pod utjecajem hipnoze. Prigovor Sjöstranda i Jutha stoga nema ozbiljne reperkusije. Samo nas prisiljava da ograničimo svoje tvrdnje o lošim izvorima na one utjecaje kod kojih opravdano slutimo da zahvaćaju i preferencije višeg reda. Sjöstrand i Juth pak sami moraju pokazati na temelju čega se kod pojedinih utjecaja može smatrati da zahvaćaju samo preferencije nižeg reda.

Kako se ovo odražava na gore navedeni slučaj osobe s depresijom, koja izbjegava opcije zbog teškoća koje podrazumijeva automatizam? Prema našem ranijem opisu, automatizam se čini distorzijom prvog reda, što bi omogućilo da preferencija višeg reda kod osobe s depresijom doista bude autentična. No tri dodatna uvjeta moraju biti zadovoljena. Prvo, preferencije drugog (ili višeg) reda kod osobe s depresijom ne smiju biti adaptivne (kao u slučaju kiselog grožđa ili slatkih limuna). Drugo, kao što Sjöstrand i Juth sami navode, osoba s depresijom mora prisvojiti automatizam kao legitiman izvor svojih preferencija (2014: 121). Treće, moralo bi se uspješno isključiti preostala svojstva depresije koja mogu kompromitirati preferencije višeg reda, što u ovom članku nećemo moći učiniti. Usto, moramo moći pouzdano provjeriti jesu li ova tri uvjeta na adekvatan način zadovoljena. U protivnom nećemo biti u stanju utvrditi jesu li preferencije osobe s depresijom doista autentične, a samim time i autonomne.

Ako je automatizam loš izvor preferencija (ako može nagnati pacijente da prisvoje pozadinske ciljeve koje u protivnom ne bi prisvojili ili ako zbog njega pacijenti gube svoje pozadinske ciljeve iz vida), kako se s njime nositi? Za početak, liječnici će proučiti kliničke povijesti svojih pacijenata i pokušati dokučiti kakvim su ciljevima stremili prije pojave depresije. S tim će ciljevima na umu evaluirati njihove odluke nakon kliničke dijagnoze.

2.3. Autonomija i donošenje odluka

Do sada smo objasnili način na koji automatizam ugrožava autonomno odlučivanje kod pacijenata s depresijom. Ako je pacijentima doista kompromitiran kapacitet za informirani pristanak ili ako postojeći uvjeti za utvrđivanje kompetencije ne zahvaćaju sve načine na koje autonomija pacijenata može biti kompromitirana, onda u vidu novih spoznaja trebamo preispitati odnos liječnika i pacijenta za ovaj mentalni poremećaj. Obično kada razmišljamo o odnosu liječnika i pacijenta, u kojem je pacijent potpuno autonoman, dva medicinska načela koja često dolaze u sukob

su, s jedne strane, informirani pristanak, a s druge, načelo dobročinstva (tzv. "principle of beneficence"). Jedan od scenarija u kojem između ovih načela dolazi do sukoba jest kada pacijent donosi informiranu odluku koja ugrožava njegovo zdravlje. No ako automatizam kompromitira pacijentovo kompetentno odlučivanje i sposobnost informiranog pristanka, mogli bismo pomisliti da se liječnik treba usredotočiti na dobročinstvo, a na informirani pristanak ne obraćati previše pozornosti. U tom bi slučaju i prisilne mjere možda mogle biti raspoložive liječniku. Ponudit ćemo nezavisne razloge zbog kojih bi se prisiljavanje pacijenata s depresijom ipak trebalo izbjegavati. Ovi se razlozi posebno tiču mogućnosti da je kod pacijenata s depresijom dobrobit isprepletena s davanjem pristanka.

U prilog pozitivnoj korelaciji između donošenja odluka i dobrobiti kod depresije, tj. uloge pacijentova odlučivanja u poboljšanju njegova stanja, svakako ide činjenica da je ta korelacija već ustanovljena u medicini općenito. Primjerice, Carl Schneider pokazuje da pacijentovo donošenje odluka doprinosi njegovu bržem ozdravljenju (1998: 18-19). Simona Botti i Sheena Iyengar slažu se da je ova tvrdnja uvjerljiva *prima facie*, ali upozoravaju na mnoge slučajeve u kojima bi osobe radije izbjegle odlučivanje (2006: 25). "Kompleksnost medicinskih odluka", kažu autorice, "posljedica je ne samo kognitivnog preopterećenja, već i emocionalnih previranja s kojima se pacijenti suočavaju kad razmatraju opcije koje su općenito odbojne" (ibid.: 32). Ako neke kompleksne medicinske odluke za pacijente doista podrazumijevaju psihološko i emocionalno opterećenje, onda se u barem nekim slučajevima može opravdano smatrati da "biti pod kontrolom" za pacijenta nije u pozitivnoj korelaciji s njegovom dobrobiti. Strull, Lo i Charles (1984) u jednom svom istraživanju ukazuju na slučaj u kojem je čak 47% pacijenata željelo prepustiti svoju odluku liječniku, 19% ih je željelo odluku donijeti zajedno s liječnikom, dok je samo 3% željelo da se odlučivanje u potpunosti prepusti njima.

No čak i ako je oprez na koji Botti i Iyengar pozivaju opravdan, moguće je da se prema depresiji treba odnositi kao prema slučaju *svoje vrste*. Jedan od najvažnijih segmenata terapije kod pacijenata s depresijom, kaže Kenneth Miya, jest vježbanje asertivnosti. Radi se o aktivnosti u kojoj se ljude uči nametnuti svoju autonomiju, "zauzeti se za sebe [...] reći 'ne' nerazumnim zahtjevima i jasno to komunicirati i reći 'da' kada je takav odgovor u skladu s njihovim unutarnjim osjećajima" (Miya 1976: 265). Zagovornici kognitivno-bihevioralne terapije također ističu važnost pacijentova sudjelovanja u odlučivanju, u sklopu zajedničkog pothvata s liječnikom da prevladaju svoju pasivnost (Beck et al. 1979: 67-73). Na-

dalje, Paul Biegler navodi da se liječnici u terapiji trebaju više oslanjati na psihoterapiju nego na antidepresive, s obzirom na "čvrste moralne razloge za poticanje autonomije pacijenata s depresijom" (2010: 180). Biegler ističe prednosti ne-prisilne dimenzije psihoterapije za autonomiju i to posebno u vidu bezrazložno negativnih predviđanja pacijenata,¹⁰ jer spoznaje koje pacijenti stječu kroz psihoterapiju pomažu u svjesnom svladavanju distorzije. Stavimo li ovaj doprinos uz bok Miyine tvrdnje da pacijenti s depresijom imaju problema s nametanjem svoje autonomije, postaje jasno zašto je prisilne mjere teško opravdati. Pacijenti ne mogu uvidjeti vrijednost spoznaja o učincima automatizma ako su ih naprosto prinuđeni prihvatiti. Autonomija zahtijeva uključenost u odluke u vidu novih informacija ili informacija predstavljenih iz nove perspektive.

Prije nego što se konačno posvetimo metodama vođenog pristanka, dužni smo osvrnuti se na još jedan prigovor. Čak i ako pozitivna korelacija između informiranog pristanka i terapijske dobrobiti doista postoji, nije jasno može li to pomoći pacijentu koji pati od depresije, s obzirom na to da automatizam ugrožava njegovu autonomiju, pa samim time i mogućnost davanja informiranog pristanka. Ako pomnije promotrimo tvrdnje Schneidera i Miye, primijetit ćemo da one upućuju na pozitivne učinke *osjećaja* kontrole kod pacijenata za njihov terapijski napredak. Te se tvrdnje ne bave nužnim i dovoljnim uvjetima da bi pacijentov pristanak bio informiran, kako bi se time pozitivni terapijski učinak aktivirao. No ako je tako, prigovor pokazuje da taj terapijski učinak proizlazi iz samog odlučivanja, a ne samo iz odlučivanja u strogim okvirima informiranog pristanka. S ovime smo se primorani složiti. Odlučivanje koje pacijentu pruža terapijsku dobrobit često neće biti (posve) autonomno. No takvo je odlučivanje i dalje poželjnije od prisilnih mjera. Ako osjećaj kontrole kod pacijenata s depresijom može voditi prema autonomiji na samom kraju terapije, onda je i neautonomno odlučivanje, koje pojačava osjećaj kontrole, bolja opcija od prisile. U sljedećem ćemo odjeljku pokazati kako metode vođenog pristanka mogu pomoći pacijentima donositi odluke na način na koji bi ih donosili da su autonomni.

¹⁰Treba uzeti u obzir da se Biegler u prvom redu bavi terapijom, dok se naš argument odnosi na autonomiju pacijenata s depresijom za pristanak na terapiju. Beck i suradnici (1979) također se ne bave započinjanjem terapije, već uspostavljanjem terapijskog odnosa u kojem pacijenti mogu prepoznati i navesti učinke automatizma kako bi ih prebrodili. Čini nam se ipak da bi se Biegler i zagovornici kognitivno-bihevioralne terapije, s obzirom na svoje argumente, složili s nama i odbacili prisilu kao prvi korak u uspostavljanju terapijskog odnosa.

3. Vođeni pristanak

U ovom ćemo odjeljku proučiti skup metoda koje se ne uklapaju u standardno poimanje informiranog pristanka. Neke od tih metoda izdvojiti ćemo i pokazati da su dopustive za dobivanje pristanka od osoba s depresijom; njih nazivamo metodama *vođenog pristanka*. Pokazat ćemo da je prednost metoda koje odobravamo ne samo ta da nisu prisilne i da pomažu pacijentima u stjecanju osjećaja kontrole, već i da su razmjerne. Kao što ističe Biegler, važno je da su metode razmjerne “težini i kroničnosti bolesti koja se liječi” (2010: 187). Smatrat ćemo da su metode vođenog pristanka prikladne dokle god depresija ne poprimi najteži oblik. Kod ostalih će pacijenata kapacitet za odlučivanje varirati, ali za većinu njih se metode vođenog pristanka čine prikladnijima od prisile.

Još jednom želimo istaknuti da svrha metoda vođenog pristanka nije zamijeniti ustanovljene metode liječenja depresije, već se tiče odluka pacijenata o započinjanju i nastavljanju terapije. Štoviše, metode vođenog pristanka u skladu su s različitim pristupima liječenju depresije. Kada terapija započne, liječnici i pacijenti mogu učinke automatizma pokušati suzbiti psihoterapijom, lijekovima ili nekom kombinacijom terapijskih metoda.

Metode o kojima ćemo raspravljati u velikoj mjeri preuzimamo iz etičke analize Blumenthal-Barby i suradnika (2013) o utjecaju na odluke psihijatrijskih pacijenata.¹¹ Ova analiza predviđa neka od naših razmatranja, ali ćemo je nastojati produbiti konkretnim razmatranjima o pacijentima s depresijom. Metode koje elaboriraju Blumenthal-Barby i suradnici grupirat ćemo prema temi ovog članka, a uz to ćemo razmotriti i prikladnost detaljnog pristupa medicinskom odlučivanju koji nudi Emma Bullock (2016) – koji uključuje prepuštanje odlučivanja liječniku i zajedničko odlučivanje – za pacijente s depresijom, u vidu ranijih zaključaka o automatizmu i autonomiji. Počet ćemo od manje kontroverznih metoda.

3.1. Pozivanje na pacijentove vrijednosti i društvene norme

Započet ćemo s ove dvije metode kako bismo ukazali da je za dijagnozu depresije na temelju negativnih automatskih misli iznimno važno liječnikovo poznavanje pozadinskih vrijednosti i ciljeva pacijenta. Ostavljajući,

¹¹ Za općenitiji pregled “bihevioralno prilagođenih” metoda koje se koriste u medicinskom odlučivanju, vidi Blumenthal-Barby i Burroughs (2012).

na trenutak, ulogu negativnih misli po strani, ideja o koristi prepoznavanja i uvažavanja pozadinskih vrijednosti i vrijednosnih sudova pacijenata dobila je na važnosti i izvan konteksta mentalnih poremećaja (Kukla 2007). Prvo, proces donošenja (informirane) odluke o terapiji zahtijeva i povećanu ulogu pacijenata kao posjednika vrijednosnih sudova. Drugo, donošenje odluke o terapiji predstavlja oblik "zajedničkog pothvata" u kojem sudjeluju pacijent-laik i liječnik-ekspert (ibid.). Stvaranje relevantnog medicinskog znanja i donošenje odluke kao ishoda zajedničkog pothvata imaju svoju korist i ulogu i u kontekstu mentalnih poremećaja.

Moguće je, primjerice, da neka odluka pacijenta, koju liječnik prepoznaje kao rezultat negativnih automatskih misli, zapravo proizlazi iz reflektivnog promišljanja i stabilnijih želja i ciljeva. Kako bi uspješno prepoznali učinke negativnih automatskih misli, na liječnicima je da upoznaju svoje pacijente i pokušaju saznati njihove stabilnije ciljeve i karakterne osobine. Na taj će način lakše primijetiti kontrast sa željama prvog reda koje proizlaze iz automatizma. No liječnici će vrlo često upoznavati pacijente u okolnostima u kojima već postoje temelji za dijagnozu. Liječnička procjena "početnih" karakternih osobina stoga će katkad biti težak zadatak. Što su negativne automatske misli prisutnije, to će životni ciljevi pacijentima sve više izmicati iz vida ili će im se činiti nedostižnima ili bezvrijednima, zbog čega će u odlučivanju postajati manje autonomni (kao što pokazuju naši primjeri iz pododjeljka 2.2). Automatizam, dakle, otežava liječnicima adekvatnu procjenu uvjeta tretmana i primjenu upravo ove dvije metode.

Ako su pacijenti pod snažnim utjecajem automatizma, a liječnicima su poznati njihovi ciljevi i vrijednosti, onda se potonji mogu na te ciljeve i vrijednosti pokušati pozvati. Primjerice, Blumenthal-Barby i suradnici predlažu da se deprimiranu majku koja svoju djecu uvijek stavlja na prvo mjesto podsjeti na njezinu privrženost ili da se religiozna osoba koja pomišlja na samoubojstvo podsjeti da se takav čin obično u njezinoj religiji smatra grješnim (2013: 275-276). Ako pak pacijentove pozadinske vrijednosti nisu dostupne liječniku,¹² liječnik se može pokušati pozvati ili na uvriježene društvene norme ili na vrijednosti i želje osoba koje su

¹² U nekim će slučajevima pozadinski ciljevi pacijenta biti dostupni liječniku iz povijesti bolesti i liječenja, no katkad će biti neprikladno na njih se pozivati. Radi se o slučajevima u kojima pacijenti dugo pate od depresije, nekad i veći dio svojeg života. Primjerice, bilo bi neprikladno kada bi se liječnik pozivao na vrijednosti pacijenta koje su stare nekoliko desetljeća i koje možda više ne vrijede. Ovo znači da se pozivanje na pacijentove vrijednosti, u ovom slučaju i u slučaju uokvirivanja sadržaja (kao što ćemo pokazati u sljedećem pododjeljku), katkad treba izbjegavati. Zahvaljujemo Bartu Engelenu što nam je ukazao na ovo razmatranje.

bliske pacijentu. Ipak, Blumenthal-Barby i suradnici upozoravaju da se pozivanje na želje bliskih osoba katkad može pokazati štetnim za tretman osobe s depresijom; ako je, primjerice, pokojni muž depresivnu ženu za života zlostavljao, onda možda nije uputno usmjeravati njezine odluke prema tome što bi on htio da je još uvijek živ (2013: 276). No slično vrijedi i za pacijentove vlastite vrijednosti. Neke su pacijentove želje i ciljevi zasigurno duboko ukorijenjeni u njegov sustav vrijednosti, ali ne kao proizvodi autonomnog postavljanja želja i ciljeva. Neki su proizašli iz zlostavljачkih okolnosti i odnosa koji su možda doprinijeli depresiji; pozivati se na njih moglo bi se pokazati štetnim za pacijenta. Ovime se još jednom pokazuje koliko je za liječnike važno poznavati vrijednosti pacijenata koji pate od depresije i razumjeti zbog čega su prihvatili dotične vrijednosti. Ako su liječnici u stanju prevladati ove izazove, onda su im dvije metode vođenog pristanka iz ovog pododjeljka na raspolaganju.

3.2. *Uokvirivanje sadržaja i obmanjivanje*

Uparivanje uokvirivanja sadržaja (tzv. "framing") s obmanjivanjem moglo bi se mnogima činiti neobičnim. Razlog je taj što su obje metode kompatibilne s vježbanjem asertivnosti koje Miya smatra ključnim za tretman depresije i poticanje autonomije. Ipak, Blumenthal-Barby i suradnici s pravom ističu da je obmanjivanje daleko radikalnija metoda i da ju treba izbjegavati, osim ako se njome ne sprječava neka ozbiljna šteta za pacijenta (2013: 276). Uokvirivanje sadržaja u medicinskom kontekstu utjecaj je koji mijenja način na koji su raspoložive opcije prikazane, ali koji ne utječe na sam sadržaj tih opcija. Od učinkovitih načina na koje uokvirivanje može utjecati na odlučivanje, Blumenthal-Barby i suradnici navode sljedeće:

Prikaz opcija u određenim poretcima (prva i zadnja opcija u poretku su najutjecajnije); pozitivan prikaz opcije (preživljavanje/dobit) kontra negativnog (smrtnost/gubitak) (negativni prikaz je utjecajniji); različiti numerički prikazi informacija (učestalost je utjecajnija od postotaka); prikaz rizika i dobitaka u apsolutnim i relativnim terminima (relativni su utjecajniji). Na odlučivanje će utjecati i koliko se dugo govori o nekoj opciji, mjesto na kojem se opcija predstavlja (npr. u prisustvu zaštitara, u ambulanti ili u uredu) te kakvim tonom i žargonom se prikazuju dijagnoza i pojedine opcije. (Blumenthal-Barby et al. 2013: 277)

Opcije se mogu uokviriti tako da usmjeravaju pacijente protivno učincima automatizma koji su za njih nepoželjni. No samo uokvirivanje neće eliminirati nijednu opciju. S druge strane, neki oblici obmane (poput prikrivanja ili laganja) dovoljni su za to da neke opcije za pacijente po-

stanu nedostupne ili teško dostupne. Ne treba posebno naglašavati da bi, u skladu s našim argumentima, i uokvirivanje i obmanjivanje trebali biti vođeni informacijama koje su liječnici prikupili o pacijentovim vrijednostima i ciljevima. Ono što valja naglasiti jest da uokvirivanje, osim što ne eliminira opcije za pacijente, podrazumijeva daleko manji rizik za odnos liječnika i pacijenta od obmanjivanja. Ako pacijent uhvati liječnika u pokušaju uokvirivanja opcija prema pacijentovim vrijednostima, liječnik se može opravdati da je spontano i nenamjerno aranžirao opcije prema onome što zna o pacijentovu karakteru. Odnos liječnika i pacijenta teško da bi se time nepopravljivo uništio. Ako pak pacijent zatekne liječnika u obmanjivanju (npr. u prikrivanju ili laganju), liječnik će se teže opravdati pozivanjem na pacijentove vrijednosti, a pacijentu bi se moglo učiniti i da ga liječnik smatra nesposobnim za donošenje odluka.

Iako se može smatrati blažim oblikom obmane,¹³ uokvirivanje je zasigurno elegantnija metoda koja odnos liječnika i pacijenta ne ugrožava u istoj mjeri. Nadalje, ono omogućava usmjeravanje pacijentovog odlučivanja prema opcijama s kojima bi se pacijent sam složio da nije pod snažnim utjecajem automatizma, ali i vježbanje asertivnosti, jer pacijent može steći osjećaj kontrole nad odlukom. Zbog ova tri pozitivna aspekta, uokvirivanje se nameće kao jedna od najintrigantnijih i najprikladnijih metoda vođenog pristanka.

Pozitivni aspekti uokvirivanja ipak ne mogu izbrisati slutnju da se naizgled radi o obmani, koliko god blaga ona možda bila. Čest odgovor na ovaj prigovor glasi da su sve medicinske odluke na neki način vođene jer se sve *neizbježno* pojavljuju u *nekakvom* okviru. Daljnja replika na ovaj odgovor mogla bi biti da se ipak ne može reći da su svi okviri *dizajnirani*, pa tako nisu niti sve odluke pacijenata *usmjeravane*. U većini situacija liječnici ne pridaju okvirima ništa više pozornosti nego pacijenti, pa je moguće da postoji značajna moralna razlika između okvira koji su dizajnirani da bi usmjerili pacijenta na određeni način i okvira kod kojih takva namjera ne postoji. Moglo bi se stoga činiti da je samo prva vrsta okvira oblik obmane, dok kod druge vrste obmane nema. Radi se o složenom pitanju koje ovdje nećemo moći na adekvatan način obra-

¹³ U literaturi o korištenju bihevioralnih utjecaja (tzv. "nudge"), kako bi se prema poznavanju psiholoških obrazaca usmjeravalo odluke pojedinaca na predvidljiv način, autori su podijeljeni oko toga je li uokvirivanje oblik obmane. Protivnici njihova korištenja navode da se radi o pri-tajenom obliku izbacivanja pacijenta iz procesa odlučivanja, dok zagovornici podsjećaju da je nekakav okvir za odlučivanje neizbježan. Za argument koji odbacuje bihevioralne utjecaje zbog njihove navodne manipulativnosti, vidi Hausman i Welch (2010), a za raspravu o uključivanju bihevioralnih utjecaja u medicinsko odlučivanje, vidi Cohen (2013).

zložiti. No valja napomenuti još jedno moralno relevantno razmatranje. Ako liječnici znaju kakve učinke okviri mogu imati na njihove pacijente, možda bi s njihove strane bilo neodgovorno ne promijeniti neke okvire, s obzirom na to da ti okviri, po pretpostavci, mogu odvratiti pacijente od njihovih vrijednosti i ciljeva ili općenito negativno utjecati na njihovu dobrobit. U takvim će situacijama liječnicima ponovno biti, u nekom smislu, *neizbježno* birati između jednog od okvira – postojećeg okvira s predvidljivim negativnim učincima i novog dizajniranog okvira s predvidljivim pozitivnim učincima.

3.3. *Prepuštanje odluke i zajedničko odlučivanje*

U nastojanju da ponudi uravnoteženi okvir medicinskog odlučivanja, Bullock se suprotstavlja sveopćem primatu informiranog pristanka. Budući da pacijenti nerijetko pate od kognitivnih poteškoća, loše procjenjuju rizike, izbjegavaju odlučivanje ili ne razumiju u potpunosti uvjete pod kojima streme svojim ciljevima, Bullock smatra da informirani pristanak treba biti nadopunjen pomoćnim metodama (2016: 387). Kao jednu od mogućnosti za pacijente, Bullock navodi odbacivanje odlučivanja. Odbijanjem nekih informacija koje su važne za odlučivanje ili prepuštanjem odlučivanja u potpunosti liječnicima, pacijenti mogu odagnati stres koji podrazumijevaju nesigurnost i težina medicinske odluke (ibid.: 389). Druga mogućnost koju navodi Bullock je da pacijenti donose odluke zajedno sa svojim liječnicima (ibid.: 389–390), iako nije potpuno jasno što se misli pod zajedničkim odlučivanjem: dobivaju li time liječnik i pacijent pravo veta na krajnju odluku ili se radi samo o normativnom zahtjevu da se uspostavi deliberativno partnerstvo između dviju strana?¹⁴

Valja napomenuti da se Bullock bavi pacijentima općenito, a ne konkretno onima koji boluju od depresije ili od bilo kojeg drugog mentalnog poremećaja. Zbog ovakvog općenitog pristupa ne razmatra ispreplitanje odlučivanja s dobrobiti u slučaju depresije, o čemu smo raspravljali u pododjeljku 2.3. Ako metode koje predlaže Bullock ograničavaju odlučivanje, moguće je da će se time ograničiti i mogućnost dobrobiti koju pacijent može odlučivanjem ostvariti. Biegler (2010) i Miya (1976) nude dva razloga koji potvrđuju ovu našu slutnju. Biegler smatra da bi bilo nepoželjno osloniti se na metodu koja potencijalno sprječava pacijente da postanu svjesni onoga što dovodi do njihovih negativnih predviđanja.

¹⁴ Ako se radi o potonjem, možda se takvo partnerstvo već dijelom ostvaruje putem metoda vođenog pristanka koje smo predložili u prijašnjim pododjeljcima.

Miya pak smatra da je bolje odabrati metodu koja ostavlja prostor za vježbanje asertivnosti. Oba razloga upućuju na to da se metoda prepuštanja odluke treba odbaciti, a Miyjin razlog može se odnositi i na zajedničko odlučivanje (ovisno o interpretaciji). Konačno, prepuštanje odluke moglo bi se smatrati nepoželjnim i zato što je moguće da se pacijent osjeća nekompetentno upravo zbog automatizma.¹⁵

Jedan se prigovor može uputiti nedorečenosti zahtjeva da metode moraju ostavljati prostor za vježbanje asertivnosti. Nije jasno postoje li točno određeni uvjeti pod kojima pacijent mora vježbati asertivnost i time osnažiti svoju autonomiju ili je dovoljno postići asertivnost za autonomiju u relativnom smislu. Zamislimo da je depresiju osobe i sputanost njezine autonomije u velikoj mjeri uzrokovalo zlostavljanje njezina oca. Za ovu bi osobu zajedničko odlučivanje s liječnikom u značajnoj mjeri moglo omogućiti asertivnost jer predstavlja značajan pomak u odnosu na prijašnje stanje stvari u kojem osoba uopće nije sudjelovala u odlučivanju. Ne treba niti pretpostaviti da je za vježbanje asertivnosti kod depresivnih osoba uvijek poželjno da potpuno same donose svoje odluke. Štoviše, pritisak liječnika na pacijente da preuzmu kontrolu nad odlučivanjem mogao bi katkad biti kontraproduktivan. Nije stoga očito da je zajedničko odlučivanje u sukobu s vježbanjem asertivnosti, ali njihovu kompatibilnost trebat će procjenjivati iz slučaja u slučaj.

3.4. Izravne preporuke, poticaji i prijetnje

U posljednjem pododjeljku izdvajamo tri metode koje držimo najštetnijima za pacijentov osjećaj kontrole nad vlastitim tretmanom. Prijetnje su najočitiiji slučaj. Zamislimo da liječnik pred pacijenta stavlja nepoželjnu posljedicu ako potonji odbije ili ne uspije držati se plana tretmana (Blumenthal-Barby et al. 2013: 277). Da bi dotični slučaj bio prijetnja, nepoželjna posljedica mora biti sredstvo pod kontrolom liječnika, kojim usmjerava ili kažnjava neposlušnog pacijenta, a ne samo nesretna okolnost. S druge strane, pacijentima mogu biti predstavljene i poželjne posljedice kao ishodi poštivanja plana tretmana. U tom slučaju govorimo o poticajima. Ako su poželjne posljedice sredstva kojima liječnik nagrađuje pacijenta, onda se doimaju načinom da liječnik pokuša uspostaviti kontrolu nad pacijentovim tretmanom. Zamislimo, primjerice, da liječnik pacijentu za pristanak na predloženi tretman ponudi bolji bolnički smještaj ili mu, u slučaju odbijanja, zaprijeti lošijim. Ako

¹⁵ Zahvaljujemo Zlati Božac na posljednjoj primjedbi.

su posljedice pak sretna ili nesretna okolnost (nad kojom liječnik nema kontrolu), njihovo predstavljanje pacijentu nije dio vođenog pristanka, već standardnog informiranog pristanka (primjerice, liječnik pacijentu može istaknuti da će neka odluka za njega vjerojatno imati pozitivne društvene ili financijske posljedice).¹⁶

Učinci izravnih preporuka ovisit će o stavu koji liječnici zauzmu u komunikaciji. Preporuke se mogu shvatiti kao iskrena pomoć liječnika da se razmotre različiti aspekti odluke (primjerice, u slučaju zajedničkog odlučivanja), ali i kao pokušaji liječnika da preuzmu kontrolu nad procesom odlučivanja. Ipak, ako su preporuke vođene vrijednostima pacijenta ili društvenim normama, za njih će vrijediti drugačija moralna razmatranja (vidi 3.1).

4. Zaključak

U ovom smo članku pokušali pokazati da je automatizam važno svojstvo depresije koje ugrožava autonomiju pacijenta za donošenje medicinskih odluka jer ga odvraća ili od opcija koje bi donio u vidu svojih vrijednosti i ciljeva ili u potpunosti od tih vrijednosti i ciljeva. Automatizam predstavlja dodatnu prijetnju s obzirom na to da njegovi negativni učinci naizgled zaobilaze test kompetencije za davanje informiranog pristanka. U članku smo pokušali pokazati zašto se time test kompetencije čini nepotpunim. Ipak, tvrdili smo, ugrožavanje autonomije koje predstavlja automatizam ne opravdava prisilu. Umjesto toga, predložili smo skup metoda koje omogućavaju *vođeni pristanak*, koji pruža potporu autonomiji, a time i dobrobiti pacijenta. Metode koje smo u posljednjem odjeljku izdvojili kao naizgled najprikladnije su pozivanje na pacijentove vrijednosti i ciljeve i uokvirivanje sadržaja. Naravno, valja naglasiti da njihova prikladnost za suzbijanje učinaka automatizma nije univerzalna. Kao što smo naveli, učinci automatizma mogu biti dovoljno značajni da pacijenti iz vida izgube svoje vrijednosti i ne reagiraju na podražaje, bilo automatske ili reflektivne. Kapacitet za odlučivanje kod depresije pitanje je stupnja i moguće je da metode vođenog pristanka pomažu samo kod nekih stupnjeva. Kad negativne automatske misli preplave pacijenta i u potpunosti ga paraliziraju, prisilne mjere za liječnika postaju jedine raspoložive. Medicinska će praksa morati ustanoviti stupanj kapaciteta na kojem vođeni pristanak još uvijek može pružiti svoj obol.

¹⁶ Moguće je da konverzacijski stil liječnika utječe na to kako pacijent promatra posljedice svojeg (ne)poštivanja tretmana, ali ako liječnik taj stil rabi svjesno, radi se o uokvirivanju.

Zahvale

Na iznimno korisnim sugestijama i primjedbama želimo zahvaliti Nini Kadiću, Aleksandru Simiću, Zlati Božac, Jennifer Blumenthal-Barby, Andreasu Schmidtu, Marku Jurjaku, Tvrtku Joliću, Man-Kongu Liju, Megan Foster, Bartu Engelenu, Deanu Tibljašu, Luci Malatestiju, Tonyju Skoviaku, Zoë J. Clements i dvama anonimnim recenzentima. Lovro Savić zahvaljuje Zakladi Wellcome na financijskoj potpori u sklopu projekta "Boundaries of Public Health: Towards Public Mental Health Ethics"; broj projekta: 212764/Z/18/Z.

Literatura

- Alloy, L. B. i Abramson, L. Y. 1979. "Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser?", *Journal of Experimental Psychology: General* 108(4), 441-485.
- Appelbaum, P. S. 2007. "Assessment of patients' competence to consent to treatment", *New England Journal of Medicine* 357(18), 1834-1840.
- Appelbaum, P. S., Grisso, T., Frank, E., O'Donnell, S. i Kupfer, D. J. 1999. "Competence of depressed patients for consent to research", *The American Journal of Psychiatry* 156(9), 1380-1384.
- Bargh, J. A. 1989. "Conditional automaticity: Varieties of automatic influence in social perception and cognition", u: J. S. Uleman i J. A. Bargh (ur.), *Unintended Thought* (New York: Guilford Press), 3-51.
- Bargh, J. A. 1994. "The four horsemen of automaticity: Awareness, efficiency, intentions and control", u: R. S. Wyer i T. Srull (ur.), *Handbook of Social Cognition* (Lawrence Erlbaum Associates Inc.), 1-40.
- Beck, A. T. 1963. "Thinking and depression, I: Idiosyncratic content and cognitive distortions", *Archives of General Psychiatry* 9(4), 324-333.
- Beck, A. T. 1964. "Thinking and depression, II: Theory and therapy", *Archives of General Psychiatry* 10(6), 561-571.
- Beck, A. T. 1967. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects* (Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press).
- Beck, A. T., John Rush, A., Shaw, B. F. i Emery, G. 1979. *Cognitive Therapy of Depression* (New York: Guilford Press).
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S. i Grisso, T. 1996. "Constructing competence: Formulating standards of legal competence to make medical decisions", *Rutgers Law Review* 48(2), 345-396.
- Berg, J. W. i Makielski, K. S. 2014. "Capacity and competence", u: J. D. Arras, E. Fenton i R. Kukla (ur.), *The Routledge Companion to Bioethics* (New York: Routledge), 291-301.

- Biegler, P. 2010. "Autonomy and ethical treatment in depression", *Bioethics* 24(4), 179-189.
- Blumenthal-Barby, J. S. i Burroughs, H. 2012. "Seeking better health care outcomes: The ethics of using the 'nudge'", *The American Journal of Bioethics* 12(2), 1-10.
- Blumenthal-Barby, J. S., McCullough, L. B., Krieger, H. i Coverdale, J. 2013. "Methods of influencing the decisions of psychiatric patients: An ethical analysis", *Harvard Review of Psychiatry* 21(5), 275-279.
- Botti, S. i Iyengar, S. S. 2006. "The dark side of choice: When choice impairs social welfare", *Journal of Public Policy & Marketing* 25(1), 24-38.
- Bullock, E. C. 2016. "Free choice and patient best interests", *Health Care Analysis* 24(4), 374-392.
- Cohen, S. 2013. "Nudging and informed consent", *The American Journal of Bioethics* 13(6), 3-11.
- Dobson, K. S. 1989. "A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3), 414-419.
- Elster, J. 1983. *Sour Grapes: Studies in the Subversion of Rationality* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Foddy, B. i Savulescu, J. 2006. "Addiction and autonomy: Can addicted people consent to the prescription of their drug addiction?", *Bioethics* 20(1), 1-15.
- Frankfurt, H. G. 1971. "Freedom of the will and the concept of a person", *The Journal of Philosophy* 68(1), 5-20.
- Grisso, T. i Appelbaum, P. S. 1995. "The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments", *Law and Human Behavior* 19, 149-174.
- Halpern, J. 2012. "When concretized emotion-belief complexes derail decision-making capacity", *Bioethics* 26(2), 108-116.
- Hausman, D. M. i Welch, B. 2010. "Debate: To nudge or not to nudge", *Journal of Political Philosophy* 18(1), 123-136.
- Hindmarch, T., Hotopf, M. i Owen, G. S. 2013. "Depression and decision-making capacity for treatment or research: A systematic review", *BMC Medical Ethics* 14, 54.
- Hollon, S. D. i Beck, A. T. 1979. "Cognitive therapy of depression", u: P. C. Kendall i S. D. Hollon (ur.), *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research, and Procedures* (New York: Academic Press Inc.), 153-196.
- Hollon, S. D. i Kendall, P. C. 1980. "Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire", *Cognitive Therapy and Research* 4(4), 383-395.
- Ingram, R. E., Trenary, L., Berry, L., Odom, M. i Nelson T. 2007. "Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style", *Cognition and Emotion* 21(1), 78-94.

- Kahneman, D. 2013. *Misliti, brzo i sporo* (Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.).
- Krantz, S. i Hammen, C. 1979. "Assessment of cognitive bias in depression", *Journal of Abnormal Psychology* 88(6), 611-619.
- Kukla, R. 2007. "How do patients know?", *The Hastings Center Report* 37(5), 27-35.
- Leeman, C. P. 1999. "Depression and the right to die", *General Hospital Psychiatry* 21(2), 112-115.
- Levy, N. 2006. "Addiction, autonomy and ego-depletion: A response to Bennett Foddy and Julian Savulescu", *Bioethics* 20(1): 16-20.
- Mental Capacity Act. 2005. <https://www.gov.uk/government/collections/mental-capacity-act-making-decisions> [pristupljeno 12. veljače 2017].
- Meynen, G. 2011. "Depression, possibilities, and competence: A phenomenological perspective", *Theoretical Medicine and Bioethics* 32(3), 181-193.
- Miya, K. K. 1976. "Autonomy and depression", *Clinical Social Work Journal* 4(4), 260-268.
- Nelson, R. E. i Craighead, W. E. 1977. "Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression", *Journal of Abnormal Psychology* 86(4), 379-388.
- Pinals, D. A. 2009. "Informed consent: Is your patient competent to refuse treatment?", *Current Psychiatry* 8(4), 33-43.
- Rudnick, A. 2002. "Depression and competence to refuse psychiatric treatment", *Journal of Medical Ethics* 28(3), 151-155.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs M. i Hollon, S. 1977. "Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients", *Cognitive Therapy and Research* 1(1), 17-37.
- Schneider, C. 1998. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions* (Oxford: Oxford University Press).
- Sjöstrand, M. i Juth, N. 2014. "Authenticity and psychiatric disorder: Does autonomy of personal preferences matter?", *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17(1), 115-122.
- Strull, W. M., Lo, B. i Charles, G. 1984. "Do patients want to participate in medical decision making?", *JAMA* 252(21), 2990-2994.
- Sullivan, M. D. i Youngner, S. J. 1994. "Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment", *The American Journal of Psychiatry* 151(7), 971-978.
- Vollmann, J., Bauer, A., Danker-Hopfe, H. i Helmchen, H. 2003. "Competence of mentally ill patients: A comparative empirical study", *Psychological Medicine* 33(8), 1463-1471.

Watson, G. 2002. "Volitional necessities", u: S. Buss i L. Overton (ur.), *Contours of Agency: Essays on Themes from Harry Frankfurt* (Cambridge, MA: The MIT Press), 129-160.

Young, E. W. D., Corby, J. C. i Johnson, R. 1993. "Does depression invalidate competence? Consultants' ethical, psychiatric, and legal considerations", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2(4), 505-515.